

11/24/2004

의 가족 귀하

제목:

가족분께,

본 서신은 2004년 7월 1일 ~ 2005년 6월 30일(12개월 기간)에 대한 것으로 귀하가 요청하신 발달장애부(DDD)의 가족지원서비스에 관한 것입니다.

가족지원프로그램을 통해 제공되는 서비스에는 다음이 포함됩니다.

- 임시보호(간병)서비스 혹은 임시보호서비스를 제공하는 커뮤니티 활동
- 간호 혹은 전문 치료요법, 행동관리 및
- 커뮤니티 안내 지원을 받을 수 있는 커뮤니티 자원 이용
- 커뮤니티 자원을 이용할 수 없을 경우 단기 유희자금(900달러) 이용

현재 SSP를 받고 있을 경우 가족 성원의 필요에 부합한 지원이 계속될 것입니다.

저희가 검토한 내용은 다음과 같습니다.

- 귀하의 가족지원서비스 신청서
- 서비스 필요 등급 평가
- DDD의 가족지원프로그램 규정
- 가족지원프로그램에 대해 DDD에 할당된 예산자금 여부

이에 저희는 다음을 결정하였습니다.

귀하의 서비스 필요에 대한 등급은
다음과 같습니다.

(1)

가족지원프로그램 규정 하에 귀하의 가족이 받을 수 있는 서비스 금액은 다음과 같습니다.

(2)

2004년 7월부터, SSP 금액에 귀하의 가족지원서비스 급부금을 포함해 받고 있을 경우 (2) 라인에 기재한 귀하의 서비스 필요 등급 금액은 월 SSP 현금 급부금의 종류가 될 것입니다. 이 현금 급부금은 매달 동일한 금액 \$ 이(가) 제공될 것입니다. 이 외 다른 가족지원서비스는 승인되지 않습니다.

본 서신에 동봉한 가족지원서비스금 사용에 대한 지침서를 잘 검토하시기 바랍니다. 질문이 있으시면 귀하의 케이스/리소스 매니저에게 전화하십시오.

1. DDD로부터 해당 서비스 비용을 제공 받으려면 그 서비스가 시작되기 전에 반드시 케이스 매니저가 먼저 승인을 해야만 합니다.
2. 가능하면 빨리 동봉해 드린 가족지원계획서와 일지를 완성하셔서 사본 한 장을 보내주시기 바랍니다.
3. 본인을 위해 나중에 참조할 수 있도록 계획서와 일지를 한 장 보관하십시오.
4. 귀하의 계획서는 2005년 2월 28일까지 수정할 수 있습니다.

DDD에서 12개월에 걸쳐 지불하는 총금액이 2라인에 기재된 금액을 초과하지 않는 한, 다달이 사용하는 서비스의 수나 종류는 변경할 수 있습니다.

현재나 앞으로 가족에게 승인되는 서비스 금액은 유용자금 여부에 따라 달라진다는 점에 유의하십시오. 발달장애부의 가족지원서비스 예산에 변경이 있으면 가족이 이용할 수 있는 금액도 변경해야만 합니다. 이 경우 저희는 해당 변경사항과 변경된 사유를 알리는 통지서를 보내드릴 것입니다.

요청하신 가족지원서비스에 대해 저희가 결정한 것이 잘못되었다고 생각하시거나 라인 (1)이나 (2)의 정보가 변경될 수 있다고 생각하는 다른 정보가 있으시면 이 구역 _____의 DDD 현장 서비스 사무소, _____에게 서신을 보내 귀하의 요청과 저희의 결정을 검토하게 할 수 있습니다. 보내실 서신은 이 달 마지막 업무일자 전까지 다음으로 보내주시기 바랍니다.

원하신다면 귀하의 서비스 등급이나 저희 부서에서 승인한 자금 금액 결정에 항소를 신청하실 수도 있습니다. 항소 신청서는 반드시 이 서신을 받은 날짜로부터 28 일 이내에 보내셔야 합니다. 항소 업무 담당자는 심의회 일정을 보내드릴 것입니다. 항소 신청서는 다음 주소로 보내십시오.

Department of Social and Health Services
Office of Administrative Hearing
PO Box 42489
Olympia WA 98504-2489

질문이 있으시면 (Tel. #) _____, _____에게 전화하십시오.

이상입니다.

케이스 매니저
발달장애부

동봉물 WAC 388-825

가족지원계획서 일지(첫 제장을 완성하신 후 서명하여 보내주십시오)
가족지원계획서 일지(둘 제장을 완성한 후 나중 참고용으로 보관하십시오)
가이드라인
반송용 봉투

사본: 파일